FACULTAD DE MEDICINA DE MEXICO

ALGUNAS CONSIDERACIONES SOBRE LA EMBRIOTOMIA

TESIS

QUE PARA EL EXAMEN GENERAL DE MEDICINA, CIRUGIA Y OBSTETRICIA

Presenta al Jurado calificador

LUIS L. BEJARANO

Alumno de las Escuelas Nacionales Preparatoria y de Medicina de México;
ex-practicante del Hospital Juárez
y de los Servicios Médicos de las Inspecciones de Policía.

MÉXICO
OFICINA TIP. DE LA SECRETARÍA DE FOMENTO
Calle de San Andrés número 15. (Avenida Oriente 51.)

1899

FACULTAD DE MEDICINA DE MEXICO

ALGUNAS CONSIDERACIONES

SOBRE

LA EMBRIOTOMIA

TESIS

QUE PARA EL EXAMEN GENERAL DE MEDICINA, CIRUGIA Y OBSTETRICIA

Presenta al Jurado calificador

LUIS L. BEJARANO

Alumno de las Escuelas Nacionales Preparatoria y de Medicina de México;
ex-practicante del Hospital Juárez
y de los Servicios Médicos de las Inspecciones de Policía.

MÉXICO
OFICINA TIP. DE LA SECRETARÍA DE FOMENTO
Calle de San Andrés número 15. (Avenida Oriente 51.)

1899

A LA SAGRADA MEMORIA DE MIS PADRES.

A MIS PADRES ADOPTIVOS,

MIS QUERIDOS TIOS,

EL SR. D. MANUEL LOPEZ SEVILLA Y LA SRA. CONCEPCION N. DE LOPEZ.

A vuestra benévola protección y paternal cariño,
debo todo lo que soy.
Recibid este homenaje de mi amor filial é infinita gratitud.

A MIS BUENOS HERMANOS.

A LA MEMORIA

DEL

General Jesús H. Preciado.

AL GOBIERNO DEL ESTADO DE MORELOS.

A la memoria de mis infortunados paisanos y compañeros

Alfonso Aragón y Gabriel Montero.

AL SR. DR. MANUEL RAMIREZ.

Gratitud y cariño.

AL SR. LIC.

Lamberto Romero y á su esposa, mi madrina la Sra. Constanza A. G. de Romero.

Prueba de mi agradecimiento y cariño.

Al Sr. Don

Antonio Quintanilla y á su apreciable esposa la Sra. Jesús F. de Quintanilla.

AL SR. CORONEL Y DIPUTADO D. ANTONIO TOVAR.

A los Señores

Don Lucio G. Montero y Don Vicente Jiménez.

Al distinguido profesor de Clínica de Obstetricia,

mi sabio maestro

El Sr. Dr. José I. Capetillo.

A mis respetables maestros

LOS SEÑORES DOCTORES

José M. Bandera, Manuel Gutiérrez, Fernando Zárraga, José Terrés,
Tobías Núñez
y al honorable Cuerpo de Profesores.

A MIS COMPAÑEROS.

Señores Jurados:

No cabe duda alguna que el Arte de los Partos es uno de los ramos de la Medicina en que más se han distinguido los médicos mexicanos, pues mucho de lo que vemos recomendado en las obras extranjeras ya lo habían dicho y puesto en práctica nuestros más eminentes parteros, entre los que sobresale mi sabio maestro el Sr. Dr. Juan María Rodríguez. Mucho también no consta en esos libros, como por ejemplo las ideas que tenemos respecto de la Embriotomía, punto que he elegido para mi prueba escrita que tengo la honra de presentaros. Punto que es importante y que llama la atención, por referirse tanto á la vida de la madre como á la del hijo.

No creo que encontréis nada nuevo en estas líneas, pues perfectamente es conocido de vosotros todo lo que pudiera decir, y sólo por cumplir con un deber reglamentario he intentado la compaginación de un trabajo de la índole exigida. El único mérito que tiene es el de la buena voluntad y empeño con que lo he hecho, teniendo presente que iba á ser juzgado por profesores,

que al talento adunan la benevolencia para con los que pretendemos imitar su ejemplo, llevando alivio al enfermo y consuelo á las familias. Sólo confío en esa indulgencia.

Doy un público voto de gracias á mi respetable maestro el eminente partero José I. Capetillo, á cuya exquisita amabilidad y notorio saber debo la corrección de este trabajo.

México, Enero de 1899.

LUIS L. BEJARANO.

I

Con el nombre de Embriotomía se designa el conjunto de operaciones vulnerantes que tienen por objeto disminuir el volumen del producto de concepción, para hacer fácil su paso á través de la hilera pélvica. Toma distintas denominaciones según la porción fetal sobre la que se opera, y así tenemos las divisiones siguientes: 1ª La craniotomía, que se subdivide en craniotomía ó simple perforación del cráneo, cranioclasia, cefalotripsia y basiotripsia. 2ª Embriotomía propiamente dicha ó embriulsia, que comprende la Degollación y la Raquiotomía. 3ª La Evisceración.

Desde la más remota antigüedad se ha practicado la embriotomía, pues se recurría á ella frecuentemente, debido á que no se tenían sino imperfectas nociones de la estructura y funcionamiento de los órganos genitales, no se conocían las causas de distocia ni se disponía de los poderosos recursos que hoy tenemos para poder salvar la vida de la madre y la del producto de concepción. En una palabra, era más fácil en aquella época aniquilar que allanar las dificultades que se presentaban.

A partir de Hipócrates se fué perfeccionando esta operación, y posteriormente Abulkasem, médico árabe, fué el que mejor estudió el punto, y en sus obras describe los aparatos usados en su tiempo, como pinzas "ad contendum caput," escalpelos "ad incidendum fetus," etc.

En el siglo XVII aparece la versión por maniobras internas (que debe llamarse por maniobras mixtas por ser internas y externas á la vez), divulgada por Mauriceau y Lamotte, viniendo á estrechar considerablemente el campo de la embriotomía. Pero, sobre todo, la invención y generalización del Forceps ha hecho que día á día se recurra menos á esa operación. Además, los adelantos modernos en el Arte de los Partos, nos permiten rechazar en lo absoluto la embriotomía en feto vivo, quedando así muy limitadas sus indicaciones, de las que paso á ocuparme.

II

La embriotomía ó embriulsia, propiamente dicha, que es de la que deseo ocuparme, está indicada en las presentaciones de hombro con feto muerto, siempre que la versión no pueda hacerse ó esté contraindicada, ya porque la parte que se presenta está muy encajada ó porque la matriz esté muy retraída sobre el feto.

Si las membranas están intactas ó rotas desde poco tiempo, si el útero no está muy retraído, la porción fetal poco encajada, el volumen del feto poco conside-

rable y la pelvis bien conformada, se intentará la versión, tanto por hacer correr menos peligros á la madre, como por ser más doloroso ver un cadáver mutilado que entero. Por desgracia es raro encontrar reunidas esas condiciones, sobre todo entre nosotros, y especialmente la movilidad, requisito indispensable para llevar á término la versión, pues es muy común en la gente de nuestro pueblo y aun en algunas parteras, dar el zoapatle y otros ocitócicos, creyendo que aceleran el parto, y lo que consiguen es que venga la tetanización uterina, poniendo en grave peligro la vida del feto y aun la de la madre. Dejan pasar las horas y ya cuando ven que el estado general de la parturiente es malo y el trabajo no avanza, recurren á un médico, ó son conducidas á la Maternidad, estando casi siempre muerto el engendro y la mujer en estado exánime. Al examen por la palpación se nota que la matriz está fuertemente retraída, con una consistencia leñosa. En estas condiciones, si no se vence la tetanización por los medios adecuados, como baños tibios, cloral, cloroformo, hasta la anestesia quirúrgica, etc., la versión estará contraindicada, teniéndose que recurrir á la embriotomía.

Antes de ejecutarla, es preciso asegurarse de que el feto está muerto. Esta conducta la han seguido siempre todos los Tocólogos mexicanos y mis maestros, los eminentes parteros José Ignacio Capetillo y Manuel Gutiérrez, han sabido enseñarnos á mis compañeros y á mí, que el médico es el único defensor de la vida del producto de concepción, que él es quien debe vigilar por ella y que por lo tanto no debe imitarse á los au-

tores extranjeros, quienes dedican toda su atención en la madre y poco ó ningún caso hacen del hijo. Esta conducta no puede menos que ser reprochada, tanto más cuanto que hoy tenemos medios, tales como el parto prematuro, la sinfisiotomía, la operación cesárea, etc., con los cuales, y auxiliados por la incubadora y el *gavage*, es decir, calorificación interna y externa, podremos salvar el feto, aplicándolos según lo exija el caso particular que se presente.

En la Crónica Médica Mexicana apareció en el número 6 correspondiente al 1º de Diciembre de 1897, esta pregunta: "La Escuela Médica Mexicana rechaza *en lo absoluto* la embriotomía en feto vivo. Es de suponerse que la reemplaza por la operación cesárea ¿cual de las dos vidas es más importante, la del feto ó la de la madre? Pudiendo bautizar con jeringa el feto ¿que razón queda para prohibir su sacrificio en lo absoluto?" Transcribo algunos puntos de las contestaciones dadas por mis maestros los Sres. Dres. José I. Capetillo y Fernando Zárraga, y por el Sr. Dr. A. López Hermosa.

El Sr. Dr. Capetillo, refiriéndose á los casos que más frecuentemente se presentan en México, dice lo siguiente:

"I. Es un hecho que la mayor parte de las embriotomías que se efectuan en las Casas de Maternidad de nuestro país, depende más bien que de un estrechamiento pélvico, de una mala presentación del producto de concepción, con la agravante circunstancia de la intempestiva ó imprudente administración de algún ocitócico, originado esto por la falta de conocimientos

para la prescripción, como acontece á las personas ajenas á la medicina, que propinan indebidamente el *zoapatle*, creyendo con esto abreviar padecimientos á la enferma, sin advertir todo el mal que con su conducta irregular ocasionan; ó bien cuando se prescribe el cornezuelo de centeno ó alguno de sus derivados por un partero ignorante ó médico adocenado. En ambas circunstancias, la distocia emanada por la mala actitud del producto se complica por la acción tetánica, que es el resultado inmediato de la medicina propinada, presentándose la parturienta por lo general en las siguientes condiciones. Presentación transversa, bolsa íntegra, cuello poco dilatado y muy rígido, presa de algunos dolores abdominales y uterinos, pulso pequeño y frecuente, respiración ansiosa, piel seca y árida, lengua cubierta de fuliginosidades así como los dientes, nariz pulverulenta y revelando en su aspecto general la mayor angustia. Si la bolsa amniótica está integra lo más racional es procurar contrarrestar la acción tetánica de la matriz, valiéndose de los medios adecuados, como son: los baños tibios prolongados, el cloroformo *á la reina* ó hasta su efecto anestésico; el cloral unido al opio por pequeñas lavativas repetidas y atendiendo siempre al estado general. Lograda que sea la suficiente dilatación, operar según el caso, pero nunca forzar el cuello, por el temor de producir una ruptura, cuyo límite no es posible marcar en estos casos, pues entonces caeríamos en el defecto de comprometer gravísimamente la vida de la mujer y exponiéndonos por ende á colocarnos en la alternativa de sacrificar la madre por extraer vivo ó con probabilidades de vida,

un ser que ha corrido, por sólo la administración del cornezuelo graves peligros, haciendo caso omiso de los que dimanan de la misma operación.

"II. Si dadas las condiciones anteriormente asentadas el cuello está bastante dilatado, pero no suficientemente dilatable y además la bolsa rota: bautizo intrauterino, cloroformo, etc., etc., versión con maniobras mixtas ó bien forceps, si la presentación fuese de vértice extendido ó por su base; pero siempre teniendo en cuenta lo que caracteriza al clínico, la indicación del momento y especialmente en presencia del factor importantísimo de la retractilidad uterina, exagerada por el medicamento tetanizante, que no da lugar en muchas ocasiones á la conveniente intervención y que se presenta como un fantasma ante la imaginación del médico, que teme romper la matriz dando lugar el supuesto caso que presento á contestar categóricamente la pregunta que me dirige usted en nombre del estimable comprofesor, que, utilizando su publicación, interroga.

"En esos angustiosos momentos en que se puede apreciar por medio de una auscultación bien hecha, que el feto, aunque vivo, está amenazado de una muerte violenta por la intempestiva administración de un medicamento heroico, pero empleado fuera de lugar, y teniendo además presente en nuestra mente las fatales consecuencias de toda operación ejecutada en el medio que describo y que abocan á una muerte cierta á la infeliz mujer, ¿á cual preferimos? ..... Parece que aquí no queda más solución que optar por la madre, abandonando á su triste suerte al producto, pues en ella se

encuentran vinculados, entre otras razones, la de su mayor importancia en el seno de la sociedad y de la familia, del esposo y de los hijos, y aun pudiera agregar que en presencia de los recursos científicos, la operación por cruenta que fuera, siempre sería benéfica para la mujer; así que la disyuntiva á primera vista parece resuelta en favor de la madre y la embriotomía se impone. Pero ¿no es verdad que el feto reclama una ayuda imperiosa y cual otro náufrago sólo espera auxilio de fuera para salvarse? Y ¿no es el médico el que está obligado á impartirle esa ayuda, que en realidad de verdad puede impartirle, en el estado actual de la ciencia? ¿De qué manera? Con una operación hábilmente ejecutada. El dilema es arduo y confieso que varias veces me he visto ó he sido solicitado para despejar los temores que nacen de una situación tan comprometida. Y mi ánimo ha vacilado, pero nunca me he llegado á preocupar al grado de anteponer una á la otra existencia, sino, y este es mi credo científico, he procurado atender á todas las circunstancias que rodean el caso y teniendo en consideración todos las circunstancias del momento, no de Moral, supuesto que yo no estoy autorizado para destruir á ningún ser y y por lo mismo tenga aversión al cefalotribo en feto vivo, sino las que se deducen directamente del caso: *opero* primero poniendo mi confianza en Dios y dando á mi espíritu la mayor tranquilidad posible para trabajar, apegándome á la clásica expresión de mi inolvidable maestro el Sr. Rodríguez: *festina lente*.

"Y cuantas veces este medio ha salvado madres é hijos abocados á una muerte cierta por temor é irreflexión?

"Aun hay mas: el hecho puede surgir en circunstancias tales que todo se complica en contra del nuevo ser, por ejemplo: pelvis estrecha, presentación viciosa, bolsa rota, cuello uterino poco dilatado y dilatable, *útero roto.* Entonces parece indiscutible que nuestros cuidados deben prodigarse con mayor esmero al feto y dejar á un lado la existencia efímera de la mujer en virtud de todos los agravantes síntomas que se desprenden del cuadro trazado anteriormente, pero aquí, mejor que en ninguna otra parte, brilla con luz clarísima la importancia que tiene la dedicación con que los sabios autores clásicos nacionales y extranjeros patentizan sus conocimientos. Antíguamente sólo conocíamos para salir avantes en hechos de este género la operación cesáréa, pero si bien ésta puede servir en muchas ocasiones, no tiene su aplicación en el presente caso, pues de hacerla no se obtiene de una manera evidente la salvación del niño, en virtud de que su frágil existencia se ha comprometido por la misma ruptura uterina, en atención á que los cambios osmóticos se han suspendido, y que habiendo éste mudado de localidad ya es inútil, ó por lo menos, sumamente difícil al extraerlo volverlo á la vida.

"Sólo queda para dominar la situación la operación de Porro, que aduna á las ventajas de la histerotomía abdominal la de ser fácil en su manual operatorio y contener en si misma los mayores medios de asepsia y antisepsia, pues sólo con la extirpación total del órgano y sus anexos podrá conseguirse éxito favorable en casos tan apremiantes; y pudiera suceder que hecha la operación en tiempo hábil aún se salvase la vida del

producto, consiguiéndose por lo tanto y en la esfera de la posibilidad, la salvación de dos existencias igualmente comprometidas.

"Ahora bien, si el feto está muerto, inútil es decirlo, la embriotomía es el mejor auxiliar para el desembarazamiento de la mujer y también es de rigor emplearlo, pues es un medio higiénico el extraer el cadáver fetal, que por su descomposición es elemento pernicioso para la vida posterior de la mujer. En apoyo de estas ideas campean las varias embriotomías llevadas á cabo con gran pericia en la Casa de Maternidad de México por los ilustrados Doctores los Sres. Don Juan Duque de Estrada y Don Manuel Barreiro.

"No creo conveniente, dada la ilustración de las personas que se dignan leer estos razonamientos, detenerme en valorizar los motivos que me hacen estimar como homicida al Partero, que habiendo administrado el sacramento del Bautizo al producto, después lo mata; la moral cristiana, el orden social, la íntima convicción de que sólo por fórmula se obsequia este precepto de nuestra religión, repelen la ignominiosa tarea de sacrificador y además revela la poca fe en las enseñanzas médicas que alejan día á día la embriotomía, relegándola á un papel secundario al lado de la sinfisiotomía, de la pubiotomía y en general de todas las histerotomías que tantos adeptos tienen en la actualidad, siempre que sean bien ejecutadas y hechas bajo el método antiséptico, tabla de salvación para las vidas de las madres y de sus hijos en las postrimerías del siglo XIX."

El Sr. Dr. Don Fernando Zárraga, rechaza también

la embriotomía en feto vivo, como lo demuestra esta parte de su contestación:

"Para salvar un feto cuando la pelvis es estrecha; quedan dos recursos: la sinfisiotomía si la pelvis no pasa más abajo de seis centímetros y medio, y la operación cesárea después de este límite. La primera da una mortalidad insignificante, puesto que se registran series sin una sola defunción. La segunda da una mortalidad de 8 por ciento en manos de los mejores operadores y con la técnica de Sanger.

"Estas cifras apenas alcanzan la embriotomía. Sería por lo tanto ilógico adoptar una operación de mayor mortalidad para la madre y que sacrifica al feto.

"No creo que el bautismo practicado nos autorice á matar un niño en el seno materno, como no creo que la confesión y comunión practicadas por un hombre, nos autoricen á darle un tósigo ó una puñalada. La moral en un caso y en otro nos lo veda."

En la contestación del Sr. Dr. López Hermosa se lee lo siguiente, refiriéndose á un trabajo que presentó á la Academía Nacional de Medicina en el mes de Mayo de 1896.

"Al consignar en dicho estudio mis ideas, quise robustecerlas consultando mis profundas convicciones con Profesores de notoria ilustración, recto juicio y moralidad indiscutible, los Dres. M. Carmona y Valle, R. Lavista, M. Domínguez, E. Liceaga, F. de P. Chacón, D. Mejía, G. Mendizábal, M. Gutiérrez, F. Zárraga, T. Noriega y A. Gaviño, y el haber sido autorizadas por tan eminentes autoridades, me hace sostener que los médicos mexicanos vemos con el respeto

que merece la vida del engendro, y consideramos como un sagrado deber ser siempre los defensores de la vida del feto, sea cual fuere la época del desarrollo en que se encuentre."

Después prosigue: "Por lo expuesto se ve que la Escuela Mexicana rechaza la embriotomía sobre feto vivo, pero no siendo partidaria del exclusivismo científico, no la reemplaza exclusivamente por la operación cesárea, sino por operaciones que, sin atacar la vida del feto, estén en cada caso particular claramente indicadas."

Respecto á la importancia de la vida de la madre ó del feto, contesta: "Para los Tocólogos Mexicanos lo son ambas, no tomando en seria consideración, como en las escuelas Extranjeras, las pocas probabilidades para disfrutar larga vida de una madre afectada de raquitismo, de osteomalacia, de neoplasmas de las paredes pélvicas ó de sus órganos genitales, ni tampoco los peligros á que está expuesto un niño por su debilidad de organización, por los cuidados que este estado reclama, tan especiales y tan difíciles de proporcionársele cuando muere la madre al momento del parto ó poco tiempo después. Consideramos nuestra misión mas elevada aún y dirigimos todos nuestros esfuerzos científicos á salvar ambas existencias que se confian á nuestra pericia facultativa, normando siempre nuestra conducta al quinto precepto del Decálogo que manda terminantemente *no matar*."

Para apoyar más las ideas que vengo defendiendo y comprobarlas con hechos prácticos pertenecientes á nuestra Facultad Médica, me permito hacer constar el

hecho acaecido en Coatepec, Estado de Veracruz, y en el que intervinieron los Sres. Dres. José Gómez y Federico Bustamante en una mujer raquítica, de nombre Natividad Contreras, que fué operada el 30 de Agosto de 1896, sujetándose en todo los operadores á las indicaciones ya citadas, pues prefirieron hacer la operación de Porro á la embriotomía y el éxito vino á corroborar las sabias enseñanzas que adquirieron en nuestra Escuela, pues se salvó la madre y el producto, como me consta por la descripción que del caso se sirvió hacer el Sr. Bustamente y por las fotográfías que he podido ver y que este señor dedicó al Sr. Dr. Capetillo, profesor de Clínica de Obstetricia en la Escuela Nacional de Medicina.

Creo con todo lo expuesto haber demostrado que en México los médicos mas eminentes consideran y aprecian en lo que vale la vida del feto, para no hacer ninguna operación mutiladora de él mientras viva. En el extranjero parece ser que no siguen esta conducta, pues las escuelas inglesa, alemana, americana é italiana, no deshechan en lo absoluto la embriotomía en feto vivo. Pinard proclamó en Francia en Enero de 1895 el abandono de la embriotomía en feto vivo, pero, como dice el Sr. Dr. López Hermosa, no fué novedad para los médicos mexicanos y tenemos en tal virtud derecho á la prioridad.

En cambio tenemos que considerar las objeciones que presenta el distinguido médico mexicano Don Juan Breña á las tres contestaciones que he citado. Lo hace teniendo sólo en consideración la vida de la madre sin preocuparse de la vida del feto, pues dice que co-

mo éste ya tiene pocas probabilidades de salvarse y que más bien está abocado á perecer, debe preferirse la embriotomía á las demás operaciones. No creo que deba seguirse esta conducta, sino que por el contrario, con mayor razón estamos obligados á procurar salvar, por medio de alguna de las operaciones dichas, al producto que pide auxilio al único que puede salvarlo, al Partero. De otro modo cesaría toda la importante influencia que se deriva del estudio metódico de las diferentes circunstancias que se presentan al médico en el ejercicio de su profesión y que unidas á la observación concienzuda del hecho y á la meditación de casos semejantes en la práctica, constituyen al clínico á la cabecera del enfermo.

Para que la embriotomía esté indicada, no basta que el feto esté muerto, es preciso también que el orificio uterino esté completamente dilatado ó bastante dilatado. Si no lo está, debe procurarse su dilatación por los medios apropiados, como son: inyecciones de agua caliente á 55º, baños tibios prolongados, cloroformo, los globos dilatadores de Champetier de Ribes ó de Barns, etc., quedando á elección y buen criterio del médico y condiciones particulares del caso la elección del manual operatorio. Pero antes de pasar adelante es de mi deber hacer notar, ateniéndome á lo que he observado en la Casa de Maternidad, que los globos dilatadores, además de poder cambiar la posición del feto, tienen el inconveniente de producir quizá una desgarradura uterina, tanto más cuanto que, como he dicho antes, casi en todos los casos se ha administrado el zoapatle, que produce la tetanización de la matriz, por lo que es

fácil se rompa ésta al procurar su dilatación con tales aparatos. En semejantes circunstancias, debe procurarse primero vencer la tetania por medio de los baños tibios, el cloral, el opio en lavativas y sobre todo por el cloroformo que da excelentes resultados.

Es inútil que me detenga en la importancia que tiene conocer la presentación y posición bien definidas, pues es bien sabido que no puede llevarse á feliz término ninguna operación obstétrica, si no se conoce perfectamente la actitud que guarda el producto de concepción en el claustro materno.

Parecería, á primera vista, que estando el feto muerto, la bolsa rota y el orificio uterino completamente dilatado ó bastante dilatable estaríamos autorizados á practicar desde luego la embriotomía. Mas no es así, pues casos habrá en los que podamos esperar á que se efectúe ó se complete, si ya está iniciada, la evolución expontánea; otros en que no debamos efectuar la operación por inútil y otros en fin en los que debamos hacerla inmediatamente. Las mejores circunstancias para la evolución espontánea, son: multiparidez, pelvis bien conformada, feto pequeño ó macerado y contracciones enérgicas de la matriz. Por fortuna es caso común entre nosotros, pues las viciaciones pélvicas son raras y he tenido oportunidad de ver efectuarse la evolución en cinco casos en la Maternidad. Esta evolución no tendrá verificativo si la mujer es nulípara ó la pelvis estrecha. Tampoco debemos esperarla cuando hay ruptura uterina ó embarazo gemelar, pues en el primer caso el feto ocupa distinto lugar al que le está destinado y en el segundo la evolución es impedida

por la presencia del otro feto. En todos estos casos está llamada á desempeñar un papel principal la embriotomía.

Pero aún hay más que tener en cuenta para proceder á ejecutar esta operación, debemos ver si será benéfica para la madre, pues puede ser enteramente inútil, como por ejemplo: en una mujer que está en pleno período de asistolia, ó que padece alguna enfermedad febril aguda ú òtra que hubiese traído á su consecuencia un agotamiento considerable y que su muerte es segura por estar ya en estado preagónico, haciendo por lo mismo innecesaria la intervención, pues en estas condiciones procedemos á operar comprometiendo también el arte.

En los accesos de eclampsia tiene que modificarse nuestra conducta, teniendo presente que estos accesos bien pudieran depender de compresión producida por el útero grávido sobre el riñón, ó bien de la hiperemia ó lo que es más común de una autointoxicación gravídica, puntos muy bien estudiados en los trabajos de Bouchard, por cuya razón omito entrar en más detalles.

Por todo lo expuesto podemos aseverar, que no basta que el feto esté muerto y se tengan llenadas las demás condiciones para que esté indicada la embriotomía, sino que deben conocerse todas las circunstancias que rodean al hecho que se presente y que sólo pueden ser resueltas en consideración al hecho mismo y á la mayor ó menor inteligencia y práctica del operador. Razón que en mi humilde opinión ha hecho más ardua la solución del problema que fué consultado por

los inteligentes Profesores que hicieron su pregunta en la Crónica Médica Mexicana, pues nunca puede resolverse esta cuestión en abstracto, sino estudiando todas las circunstancias que concurren en el caso en el que se tenga que hacer la embriotomía, pues en definitiva, esta tiene, como todas las operaciones quirúrgicas, un campo limitado que sólo corresponde valorizar al clínico, haciendo abstracción de teorías más ó menos halagadoras, pero que pierden mucho de su mérito en el campo de la práctica.

III

Practicándose la embriotomía desde hace siglos, fácilmente se comprende que son numerosos los aparatos que se han ideado para ejecutarla. En general, todos los embriótomos extranjeros están hechos de manera de adaptarse al cuello fetal, para hacer la degollación. Ahora bien, los parteros mexicanos rechazan esta por inútil y la sustituyen por otros cortes que más adelante describiré. Por este motivo, así como por estar perfectamente descritos en las obras de Obstetricia dichos aparatos, no me ocuparé de ellos, bastando para mi objeto referirme á los que creo útiles entre los ideados por nuestros parteros, y son el embriótomo del sabio Dr. D. Aniceto Ortega y el del Sr. Dr. D. Juan Duque de Estrada.

El primero consta de una larga varilla de ballena con un ojal en una de sus extremidades, donde se ata un hilo, el que á su vez lleva una sierra de cadena.

Mientras se maneja este aparato, se protegen las partes blandas maternas por medio de dos balbas de Sims, Este embriótomo fué ideado por su autor cuando fué solicitado por el Dr. Castillo, que asistía un parto en Tacubaya en la casa de un Sr. Perry. La parturienta era la portera y como el trabajo no avanzaba y el feto estaba muerto, el Sr. Castillo recurrió al Dr. Ortega, quien en presencia de ese caso y con su gran pericia, ideó su aparato y lo aplicó él mismo, obteniendo feliz resultado.

El embriótomo del Sr. Dr. Duque de Estrada, tiene por objeto aplicar el constrictor de Chassaignac, gran modelo. Para lograr esto ha ideado un gancho semejante al del embriótomo de Ribemont. Consta de un conductor metálico de 37 centímetros de longitud, hueco. En el lado cóncavo tiene una ranura en toda su extensión, menos en el puño. Se termina por una curva de radio mayor que el que tiene la curva del conductor de Ribemont. Por el conductor pasa una lámina de acero que termina por una esferita del mismo metal, la cual se adapta en la extremidad superior del conductor. Así su introducción es fácil é inofensiva para las partes blandas maternas. En la otra extremidad del resorte hay un ojal amplio y alargado, en el cual se fija la cadena del constrictor para aplicarla sobre la región que se quiere seccionar. Ningún otro embriótomo (ni aun el del mismo Ribemont de cuya primera idea optó el Sr. Duque de Estrada) posee un conductor que llene las condiciones que éste y son: 1ª Tener una curva corta y apropiada para que su introducción sea en extremo fácil, resbalando sobre la mano que lo

guía y proteja las partes maternas, y para que al aplicarse dentro de la matriz al cuerpo fetal, se adapte bien á cualquiera de sus partes, cuello, axila ó tronco, sin lastimar el órgano gestador; y 2ª tener una ranura en toda su extensión, con el objeto de que la cadena, cadena sierra ó *ficelle* que se use (que es de menor anchura que la lámina de resorte) se escape de su vaina al irse colocando, aplicándose ya definitivamente sobre el cuerpo fetal.

Las dificultades de la embriotomía quedan así reducidas á pasar el conductor sobre el cuello ó la axila del feto, hasta sentir que se halle en íntimo contacto con la parte elegida. Una vez colocado, se impele, con la mano que lo introdujo el resorte, que precedido por por la tersa y pulida esferita que le sirve de remate, se desliza sobre el feto, le circunvala y aparece por la vagina. Se fija la cadena al ojal y tirando de la esferita, queda dicha cadena colocada difinitivamente, pues escapándose del conductor á medida que penetra, queda sobre la línea que señala el corte. En seguida se conecta la cadena con el constrictor; se hace funcionar su palanca, protegida por la mano colocada en la vagina hasta dejar bien ceñido al feto, y en 3 ó 4 minutos á lo más, queda un corte correcto y limpio, sin haber causado en las partes blandas ningún traumatismo, habiéndose evitado los movimientos de vaivén de la sierra ó *ficelle* y habiendo economizado tiempo, fatiga y dificultades del operador. Tal es la descripción que hace de su embriótomo el Sr. Dr. Duque de Estrada, en un trabajo que publicó en la Crónica Médica Mexicana, el 1º de Noviembre de 1897.

El Sr. Dr. Manuel Barreiro ha ideado también un embriótomo, pero omito describirlo por tener el inconveniente de poseer una curva muy pronunciada, por lo que no puede aplicarse á cualquiera parte fetal con facilidad, sino sólo al cuello para hacer la degollación. Ahora bien; como se ha asentado, esta es rechazada en México y paso en seguida á dar las razones.

IV

Recomiendan los autores extranjeros que después de ponerse en práctica todas las reglas antisépticas que son de rigor en las operaciones obstétricas, se vaya en busca del cuello para seccionarlo. Distinguen tres casos: 1º Cuando es fácilmente accesible; 2º cuando se alcanza con dificultad, y 3º cuando es imposible llegar á él, recomendándose entonces cortar el miembro procidente, si lo hay, y efectuar la versión forzada.

En el primer caso la operación es sencilla en sí misma, pero ¿qué se consigue con extraer el cuerpo dejando la cabeza? Nada, pues la dificultad estriba precisamente en la extracción de ésta. Para lograrla, aconsejan la maniobra de Mauriceau y si no da resultado, lo que es casi seguro, pues se luxa primero el maxilar pero la cabeza no sale, hacer una aplicación de basiotribo. Como se comprende, esta no es fácil ejecutarla, debido á que no habiendo punto de apoyo ni estando fija la cabeza, el instrumento puede escaparse al aplicarlo ó la toma sería defectuosa. Es mejor hacer la manio-

bra de Mdme. Lachapelle, que consiste en llevar el occipucio tras de la sínfisis púbica tomando la cara por los carrillos, y en seguida efectuar la maniobra mexicana, llevando la mano por la frente lo más alto posible hasta el sincipucio y hacer un movimiento igual al que efectúa la cabeza detenida la última, en el parto de vértice por la base. Se comprenden las dificultades y peligros que acarrea proceder de cualquiera de los modos indicados, no habiendo punto de apoyo.

¿Qué pasará cuando el cuello es difícilmente accesible, ó es imposible llegar hasta él? Que además de los peligros y dificultades anteriores, vamos, con las tentativas para buscarlo, á producir, casi con seguridad, una desgarradura uterina y más aún si se hace la versión forzada, cosa que en México no se efectúa por estar contraindicada en estos casos. Si se corta el miembro procidente, sólo se tendrán más pedazos fetales, pero ninguna ventaja.

Los Tocólogos Mexicanos han ideado, para obviar estas dificultades, cortes con los que pueda tenerse una parte fetal que sirva tanto de tractor como de conductor y desde hace 24 años se ha suprimido la degollación entre nosotros, sustituyéndose por alguno de los tres cortes siguientes: 1º El colo–axilar del sabio Dr. A. Ortega, que va de la axila superior al cuello, por lo que mi respetable maestro el Sr. Dr. Fernando Zarrága lo llama superior. 2º El bi–axilar de los eminentes parteros Juan Mª Rodríguez y José I. Capetillo, en el cual los dos miembros superiores quedan adheridos á la cabeza; y 3º el colo–axilar inferior del Sr. Dr. Zárraga, que va del cuello á la axila inferior,

quedando el miembro procidente unido á la cabeza. El primero será más aplicable en las presentaciones dorso-anteriores, el tercero en las dorso-posteriores, y el segundo en todos los casos. Cualquiera de estos métodos es muy superior á la degollación, porque se hacen correr menos peligros á la mujer y se vence la única dificultad, cual es extraer la cabeza. De los tres cortes, el bi-axilar es superior á los demás, por ser aplicable á todos los casos, no exigir que se busque el cuello, que no siempre es accesible, y porque los dos miembros superiores sirven no sólo de guía y de tractor, sino que hacen que se efectúen con más facilidad las maniobras de Mdme. Lachapelle y la mexicana, que ya indiqué. Mas sea cual fuere el corte que hagamos, siempre conseguiremos lo que no se logra con la degollación, lastimar lo menos posible los órganos maternos y operación fácil.

V

En vista de lo anterior y para mayor claridad en el manual operatorio, éste se hará del modo siguiente:

Una vez hecha la asepsia y antisepsia de las manos; órganos genitales, instrumentos, etc., desocupados previamente la vejiga y el recto y colocada la mujer en posición toconómica, se introduce la mano izquierda por el canal vulvo-vaginal hasta llegar á la parte posterior del feto, que se engancha. Si el cuello es accesible *con facilidad* podrá hacerse cualquiera de los cortes colo-axilar superior ó inferior, según que la presen-

tación sea anterior ó posterior. Si no es accesible, de ninguna manera debemos esforzarnos en alcanzarlo, por temor de romper la matriz, sino que iremos en busca de la axila superior para hacer el corte bi–axilar. Enganchado el cuello, ó la axila, se aplica el embriótomo del Dr. Duque de Estrada, como queda indicado en otro lugar. Si se emplea el del Dr. Ortega, se procederá del modo siguiente: Se toma la varilla de ballena, previamente reblandecida en agua caliente; se impele poco á poco siguiendo el antebrazo y mano izquierdos que sirven de guía; al introducirse va contorneando el cuerpo fetal de atrás hacia adelante hasta aparecer por la vagina su extremidad. Se estira ésta y tras de ella el hilo que tendrá amarrado en el ojal de la extremidad, y por último la sierra de cadena la cual queda sobre el lugar de elección. Se saca la mano izquierda después de convencerse que está bien colocada la cadena sierra. Se toman las extremidades de esta y se efectúa el corte haciendo movimientos de vaiven. Uno ó dos ayudantes protegen con las balbas de Sims los órganos maternos, miemtras el operador efectúa el corte.

Una vez hecha la sección, se extrae el cuerpo fetal, lo que es fácil, y en seguida la cabeza, procediendo de la manera ya dicha. Se hace en seguida una inyección intra–uterina que está perfectamente indicada en estos casos, y se ponen en práctica los demás cuidados que deben tenerse y en los que no me detengo por ser bien conocidas.

Conclusiones.

1ª La embriotomía en feto vivo, debe rechazarse en lo absoluto.

2ª Siendo raras entre nosotros las viciaciones pélvicas y emanando la distocia más bien de la aplicación inoportuna del zoapatle, no se aplicará el embriótomo sino cuando no se haya logrado vencer la tetania uterina.

3ª La degollación debe desecharse por inútil, sustituyéndose como se hace en México desde hace 24 años, por alguno de los cortes, colo–axilar superior, colo–axilar inferior ó bi–axilar.

4ª El instrumento más adecuado para hacer debidamente la embriotomía, es el del Sr. Dr. Juan Duque de Estrada.
